

INFORMASI TENTANG IBU KANDUNG

NAMA ANAK:		NOMOR KASUS:
NAMA PETUGAS:	NAMA BADAN:	

PETUNJUK PENGISIAN:

- Tulis dalam huruf cetak - menggunakan tinta.
- Isi semua item. Jika Anda tidak mengetahui jawaban untuk suatu item, tulis “tidak tahu”.
- Formulir AD 67 terdiri dari dua bagian terpisah. Bagian I berisi informasi “identitas” dan akan dijaga kerahasiaannya. Tidak ada informasi ini yang akan diberikan kepada anak Anda yang diadopsi atau orang tua angkatnya kecuali Anda telah menyerahkan izin tertulis untuk itu. Bagian II berisi informasi “non-identitas”. Undang-undang Adopsi California mewajibkan salinan dari Bagian II yaitu informasi medis, psikologis dan sosial diberikan kepada orang tua angkat sebelum penyelesaian proses adopsi dan atas permintaan tertulis dari anak yang diadopsi setelah ia mencapai usia 18 tahun.

BAGIAN I - INFORMASI TENTANG IDENTITAS IBU KANDUNG

A.NAMA/ALAMAT:

NAMA IBU KANDUNG (DEPAN, TENGAH, BELAKANG)		NAMA SEBELUM MENIKAH	NAMA LAIN YANG DIKENAL
NOMOR JAMINAN SOSIAL	NOMOR SURAT IZIN MENGEMUDI	TANGGAL LAHIR (BL, TGL, TH)	TEMPAT LAHIR (KOTA, NEG. BAGIAN, NEGARA)
ALAMAT SEKARANG (JALAN, KOTA, NEG. BAGIAN, KODE POS)			NOMOR TELEPON NOMOR (KODE AREA)
ALAMAT SURAT TETAP (JALAN, KOTA, NEG. BAGIAN, KODE POS) *			NOMOR TELEPON TETAP NOMOR (KODE AREA)
BATASAN UNTUK PENGGUNAAN ALAMAT SURAT TETAP, JIKA ADA			

B.ORANG TUA IBU KANDUNG - (Orang tua yang mengasuh anda)

NAMA IBU DARI IBU KANDUNG (DEPAN, TENGAH, BELAKANG)		NAMA AYAH DARI IBU KANDUNG (DEPAN, TENGAH, BELAKANG)	
ALAMAT	JALAN	KOTA	
ALAMAT	JALAN	KOTA	
NEG. BAGIAN	KODE POS	NEG. BAGIAN	KODE POS
APAKAH IBU ANDA MENGETAHUI ADOPSI INI? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> TIDAK TAHU		APAKAH IBU ANDA MENGETAHUI ADOPSI INI? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> TIDAK TAHU	
JIKA DI MASA MENDATANG KAMI PERLU MENCARI ANDA, BOLEHKAH KAMI MEMINTA BANTUAN IBU ANDA? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK		JIKA DI MASA MENDATANG KAMI PERLU MENCARI ANDA, BOLEHKAH KAMI MEMINTA BANTUAN IBU ANDA? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	

C.ORANG TUA DARI ANAK:

NAMA AYAH KANDUNG ANAK (DEPAN, TENGAH, BELAKANG)	NOMOR TELEPON TETAP NOMOR (KODE AREA)
ALAMAT TERAKHIR YANG DIKETAHUI (JALAN, KOTA, NEG. BAGIAN, NEGARA JIKA DI LUAR A.S.)	

D.RIWAYAT PERNIKAHAN:

1. Apakah Anda sekarang menikah? YA TIDAK Jika Ya, siapakah nama suami Anda? _____
Di mana alamatnya? _____ (DEPAN, TENGAH, BELAKANG)

AKTE PERNIKAHAN SEKARANG TERCATAT DI (KOTA, DAERAH, NEG. BAGIAN)

TEMPAT MENIKAH (KOTA, DAERAH, NEG. BAGIAN)	TANGGAL MENIKAH (BL, TGL, TH)
--	-------------------------------

* CATATAN: Penting bagi Anda untuk selalu memberitahu Departemen Layanan Sosial California setiap perubahan alamat surat tetap Anda.

2. Apakah Anda telah menikah sebelumnya? Ya Tidak Jika ya, jawab item berikut ini:

NAMA PASANGAN TERDAHULU	DI MANA AKTE PERNIKAHAN DIKELUARKAN	TANGGAL & TEMPAT MENIKAH	TANGGAL & TEMPAT CERAI	JIKA PASANGAN TELAH MENINGGAL, TULISKAN TANGGAL & TEMPAT KEMATIAN	JUMLAH ANAK YANG LAHIR DARI PERNIKAHAN TERSEBUT
1.					
2.					
3.					

E. ANAK-ANAK LAIN:

Apakah Anda masih memiliki anak selain anak yang diadopsi? Ya Tidak
 Jika Ya, isi item berikut ini.

NAMA ANAK	JENIS KELAMIN		TANDA (✓) JIKA SAUDARA SEDARAH DARI ANAK YANG DIADOPSI		TANGGAL LAHIR ANAK	SIAPA YANG MENGASUH ANAK INI? (Jelaskan hubungan pengasuh dengan anak tersebut)
	L	P	KANDUNG	TIRI		
1.						
2.						
3.						
4.						

F. KETURUNAN INDIAN AMERIKA:

Adakah di keluarga Anda dari ayah atau ibu yang memiliki keturunan Indian Amerika? Ya Tidak
 Jika ya, isi AD 4311 "Informasi tentang anak Indian Amerika".

Jika ya, apa sukunya Di mana lokasi suku ini

Apakah Anda atau orang tua Anda terdaftar di suku ini atau ada moyang lain yang terdaftar di suku ini? Ya Tidak

Jika ya, berapa nomor pendaftaran Anda atau mereka

Apakah Anda, orang tua, kakek/nenek atau moyang lain Anda pernah menerima Sertifikat Tingkat Keturunan Suku Indian (CDIB)? Jika ya, harap melampirkan salinan CDIB tersebut pada kuesioner ini. Ya Tidak

G. BIMBINGAN PSIKOLOGIS:

Apakah Anda pernah dirawat oleh psikolog, psikiater, pekerja sosial klinis, terapis kesehatan mental atau perilaku untuk masalah emosional atau psikologis atau perilaku apa pun yang mungkin Anda alami? Ya Tidak

Jika Ya, isi item berikut ini.

TANGGAL DAN ALASAN PERAWATAN:

NAMA TERAPIS DAN/ATAU BADAN YANG MEMBERIKAN PERAWATAN:

LOKASI:

TULISKAN PENGOBATAN YANG DIBERIKAN SELAMA PERAWATAN ANDA:

ALASAN PEMBERHENTIAN JIKA ANDA TIDAK LAGI DALAM PERAWATAN:

H. PERTANYAAN ADOPSI: (Hanya Untuk Adopsi Independen)

- Apakah Anda diwakili oleh pengacara Anda selama adopsi ini? Ya Tidak
- Apakah pengacara Anda juga pengacara untuk orang tua yang mengadopsi? Ya Tidak Tidak Tahu
- Bagaimana biaya kehamilan, perawatan pra-persalinan, dan persalinan anak ini dibayar?
- Apakah ada biaya hidup Anda yang dibayar oleh orang tua yang mengadopsi? Ya Tidak
 Berapa banyak?
- Undang-undang Adopsi California menyatakan bahwa orang tua kandung yang menyerahkan anaknya untuk diadopsi harus mengetahui langsung informasi berikut ini tentang calon orang tua angkat: nama lengkap mereka yang sah; usia; agama; ras atau suku bangsa; lama pernikahan sekarang dan jumlah pernikahan sebelumnya; pekerjaan; apakah ada anak kecil atau orang dewasa lain yang tinggal di rumah mereka; apakah ada anak lain yang tidak tinggal di rumah mereka dan kewajiban membiayai anak-anak tersebut dan kegagalan apa pun dalam memenuhi kewajiban ini; kondisi kesehatan apa pun yang dapat mengurangi harapan hidup mereka, atau menghambat kegiatan sehari-hari mereka; tuduhan kejahatan apa pun selain pelanggaran lalu-lintas ringan; pencabutan pengasuhan anak karena pelecehan atau pengabaian; dan lingkungan tempat tinggal mereka, atau jika diminta, alamat mereka.
- Apakah Anda memiliki setidaknya informasi ini tentang orang tua yang mengadopsi? Ya Tidak
- Informasi tambahan apa yang Anda inginkan atau perlukan tentang orang tua yang mengadopsi?

- Apakah Anda pernah bertemu orang tua yang mengadopsi? Ya Tidak
- Jika Ya, seberapa baikkah Anda mengenal mereka?

TANDA TANGAN IBU KANDUNG

TANGGAL PENGISIAN FORMULIR

Informasi di atas diberikan oleh: (Tandai kotak yang berlaku)

Ibu kandung Ayah kandung Orang lain (jelaskan)

NAMA ANAK:	NOMOR KASUS:
NAMA PETUGAS:	NAMA BADAN:

BAGIAN II - INFORMASI NON IDENTITAS TENTANG IBU KANDUNG

Informasi ini akan diberikan kepada orang tua yang mengadopsi dan dapat diperoleh anak Anda. Harap menjawab semua pertanyaan selengkap mungkin.

BAGIAN I - KARAKTERISTIK IBU KANDUNG SAAT KELAHIRAN ANAK YANG DIADOPSI

A. INFORMASI UMUM DAN GAMBARAN FISIK:

TINGGI	BERAT BADAN BIASANYA	WARNA MATA	WARNA KULIT	WARNA RAMBUT ALAMI	TEKSTUR RAMBUT ALAMI (TANDA SEMUA YANG BERLAKU)
					<input type="checkbox"/> HALUS <input type="checkbox"/> SEDANG <input type="checkbox"/> KASAR <input type="checkbox"/> LURUS <input type="checkbox"/> IKAL <input type="checkbox"/> KERITING <input type="checkbox"/> BOTAK
TANGGAL LAHIR (HANYA TAHUN)	TEMPAT LAHIR (HANYA NEG. BAGIAN)	GOL. DARAH	Faktor RH	TIPE BADAN	APAKAH ANDA TIDAK KIDAL? <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> TULANG KECIL <input type="checkbox"/> TULANG SEDANG <input type="checkbox"/> TULANG BESAR	KIDAL? <input type="checkbox"/>

Ras/Suku Bangsa

Putih Hispanik Filipino Hitam Asia atau Kepulauan Pasifik
 Indian Amerika atau Pribumi Alaska Lain-lain (Jelaskan) _____
 Jika Indian Amerika atau Pribumi Alaska, harap menyebutkan nama suku dan tingkat keturunan Indian (jika diketahui) _____

ASAL-USUL KEBANGSAAN SPESIFIK (CONTOH: IRLANDIA, PERANCIS, JERMAN, KANTON, MEKSIKO, NIGERIA)

B. PENDIDIKAN:

KELAS TERAKHIR YANG DISELESAIKAN	MASIH BERSEKOLAH? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	NILAI DI SEKOLAH BIASANYA	PELATIHAN LAIN
----------------------------------	---	---------------------------	----------------

KEGIATAN EKSTRA KURIKULER

PELAJARAN YANG DIMINATI

C. PEKERJAAN:

PEKERJAAN SEKARANG	SUDAH BERAPA LAMA?	PEKERJAAN BIASANYA?
--------------------	--------------------	---------------------

APA PEKERJAAN YANG ANDA INGINKAN? (CONTOH: UNTUK MENJADI GURU, TUKANG LAS, PRAMUNIAGA)

D. KEPERIBADIAN:

GAMBARAN KEPERIBADIAN ANDA DALAM HAL PERILAKU, SIKAP, SUASANA HATI PADA UMUMNYA, KEGIATAN YANG BIASA ANDA IKUTI, TIPE ORANG YANG ANDA SUKAI, DLL.

GAMBARAN BAKAT, HOBI DAN TUJUAN HIDUP ANDA.

GAMBARAN BAGAIMANA ANDA SEWAKTU ANAK-ANAK DULU.

RIWAYAT MENSTRUASI IBU KANDUNG DAN RIWAYAT KEHAMILAN ANAK:

1. RIWAYAT MENSTRUASI	PADA USIA BERAPA ANDA MULAI MENSTRUASI?	BERAPA LAMA BIASANYA MENSTRUASI ANDA?	APAKAH MENSTRUASI ANDA RUTIN? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	JUMLAH HARI SIKLUS MENSTRUASI
	APAKAH ANDA MENGALAMI MASALAH DENGAN MENSTRUASI? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> JIKA YA, JELASKAN		APAKAH ANDA "BAYI DES" (diethylstilbestrol)? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> TIDAK TAHU	
2. KEHAMILAN INI:	NAMA DAN ALAMAT DOKTER KANDUNGAN YANG MERAWAT PRA-PERSALINAN ANDA			
	NAMA DOKTER KANDUNGAN	ALAMAT	JALAN	KOTA, NEG. BAGIAN KODE POS
KAPAN PERAWATAN PRA-PERSALINAN ANDA DIMULAI?	PADA USIA BERAPA ANDA HAMIL?	JUMLAH MINGGU KEHAMILAN INI?	TIPE KELAHIRAN <input type="checkbox"/> TUNGGAL <input type="checkbox"/> KEMBAR <input type="checkbox"/> JIKA KEMBAR, BERAPA BANYAK?	
ADA KOMPLIKASI SELAMA KEHAMILAN INI? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> JIKA YA, JELASKAN				APAKAH ANDA PERNAH MELAHIRKAN ANAK LAIN? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> JIKA YA, BERAPA BANYAK
3. KONDISI SELAMA KEHAMILAN INI	PENYAKIT MENULAR SEKSUAL			
	CAMPAK JERMA <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	HERPES <input type="checkbox"/>	GONORE <input type="checkbox"/>	SIFILIS <input type="checkbox"/>
	INFEKSI <input type="checkbox"/> YA . . . <input type="checkbox"/> TIDAK	CHLAMYDIA <input type="checkbox"/>	KETUAT/KUTIL KELAMIN <input type="checkbox"/>	KECELAKAAN <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
JIKA YA PADA SALAH SATU ATAU LEBIH DI ATAS, JELASKAN TIPE KONDISINYA, TANGGAL DAN JENIS PERAWATAN				

4. OBAT-OBATAN YANG DIMINUM SELAMA, DAN DALAM SETAHUN SEBELUM, KEHAMILAN INI:

a. Obat Resep: [Tuliskan namanya]	DIMINUM SELAMA KEHAMILAN <i>((Beri tanda ✓ pada kolom yang sesuai))</i>		DIMINUM DALAM SETAHUN SEBELUM KEHAMILAN		KAPAN?	SEBERAPA SERING?	JUMLAH?
	YA	TIDAK	YA	TIDAK			
1.							
2.							
3.							
4.							
b. Obat Tanpa Resep. Termasuk aspirin, tetes hidung, dll.							
1.							
2.							
3.							
4.							
c. Alkohol dan zat lain:							
1. Alkohol (anggur, bir, dll.)							
2. Amfetamin (perangsang).....							
3. Barbiturat (penenang)							
4. Tembakau							
5. Kokain							
6. Ganja.....							
7. Heroin.....							
8. LSD							
9. PCP.....							
10. Mariyuana							
11. Lain-lain (sebutkan)							

Anda pernah menjadi pecandu dengan alat suntik? YA TIDAK

G. RIWAYAT KESEHATAN PRIBADI:

GAMBARAKAN KESEHATAN ANDA SECARA UMUM

PENYAKIT MASA ANAK-ANAK APA YANG PERNAH ANDA ALAMI?

- CAMPAK: RUBELA (3 HARI) GONDOK DEMAM ALERGI INFEKSI TELINGA DEMAM REMATIK TELINGA DEMAM REMATIK
 RUBELA (2 MINGGU) CACAR AIR ROSEOLA ENSEFALITIS BISING JANTUNG INFEKSI SAL. KENCING/KANDUNG KEMIH
 ASMA MENINGITIS SKARLATINA LAIN-LAIN (Sebutkan)

PERNAH MENJALANI OPERASI BERAT?

- YA TIDAK JIKA YA, UNTUK KONDISI APA/dan kapan?

APAKAH ANDA

- KEMBAR DUA KEMBAR TIGA KEMBAR LAIN

APAKAH ANDA

- KEMBAR IDENTIK ATAU KEMBAR PATERNAL

H. RIWAYAT KELUARGA:

APAKAH ANDA ATAU ANGGOTA KELUARGA DEKAT ANDA DIADOPSI?

- YA TIDAK JIKA YA, HARAP TULISKAN SIAPA

	AYAH KANDUNG ANDA		IBU KANDUNG ANDA	
	TINGGI	BERAT	TINGGI	BERAT
Usia sekarang				
Jika meninggal, usia saat meninggal				
Penyebab kematian				
Tinggi & Berat Badan	TINGGI	BERAT	TINGGI	BERAT
Warna dan tekstur rambut				
Warna mata				
Warna kulit				
Kidal atau tangan kanan				
Ciri-ciri yang menonjol				
Pendidikan terakhir				
Pekerjaan				
Ras/Suku Bangsa	<input type="checkbox"/> PUTIH <input type="checkbox"/> HISPANIK <input type="checkbox"/> HITAM <input type="checkbox"/> FILIPINO <input type="checkbox"/> ASIA ATAU KEPULAUAN PASIFIK <input type="checkbox"/> LAIN-LAIN (Jelaskan) <input type="checkbox"/> INDIAN AMERIKA ATAU PRIBUMI ALASKA		<input type="checkbox"/> PUTIH <input type="checkbox"/> HISPANIK <input type="checkbox"/> HITAM <input type="checkbox"/> FILIPINO <input type="checkbox"/> ASIA ATAU KEPULAUAN PASIFIK <input type="checkbox"/> LAIN-LAIN (Jelaskan) <input type="checkbox"/> INDIAN AMERIKA ATAU PRIBUMI ALASKA	
Kebangsaan				
Agama				
Apakah Orang Tua ini mengetahui kehamilan Anda?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK		<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	
Berapa saudaranya?				
Jika ada bibi atau paman Anda yang telah meninggal, tuliskan usia saat meninggal dan penyebab kematian				
	ORANG TUA AYAH ANDA		ORANG TUA IBU ANDA	
	AYAH	IBU	AYAH	IBU
Usia				
Jika telah meninggal, usia saat meninggal dan penyebab kematian				
Gambarkan penampilan fisik				
Tinggi & Berat Badan	TINGGI	BERAT	TINGGI	BERAT
Ciri-ciri yang menonjol				
Pendidikan terakhir				
Pekerjaan sekarang atau sebelumnya				
Apakah ia mengetahui kehamilan Anda?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK

H. RIWAYAT KELUARGA: (LANJUTAN)**SAUDARA LAKI-LAKI DAN PEREMPUAN ANDA***(Jika Anda memiliki lebih dari 4 saudara, harap menggunakan kertas tambahan)*

	1		2		3		4	
Jenis Kelamin (Laki-laki atau Perempuan)								
Usia								
Jika telah meninggal, usia saat meninggal dan penyebab kematian								
Saudara kandung atau tiri Anda? ..	<input type="checkbox"/> KANDUNG <input type="checkbox"/> TIRI							
Tinggi & Berat Badan	TINGGI	BERAT	TINGGI	BERAT	TINGGI	BERAT	TINGGI	BERAT
Warna dan tekstur rambut								
Warna mata								
Warna kulit.....								
Hobi dan bakat								
Kelas terakhir yang diselesaikan ...								
Masih bersekolah?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK							
Pekerjaan								
Mengetahui Kehamilan ini?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK							
Status pernikahan.....								
Jumlah anak yang mereka miliki ...								
Kesehatan anak-anak mereka.....								

ANAK ANDA LAINNYA*(Jika Anda memiliki lebih dari 4 anak, harap menggunakan kertas tambahan)*

	ANAK #1		ANAK #2		ANAK #3		ANAK #4	
Tuliskan anak laki-laki atau perempuan								
Tanggal lahir atau usia								
Apakah anak ini saudara kandung atau saudara tiri anak yang akan diadopsi?.....	<input type="checkbox"/> KANDUNG <input type="checkbox"/> TIRI							
Jika telah meninggal, usia saat meninggal.....								
Penyebab kematian								
Tinggi & Berat Badan	TINGGI	BERAT	TINGGI	BERAT	TINGGI	BERAT	TINGGI	BERAT
Warna dan tekstur rambut								
Warna mata								
Warna kulit.....								
Kidal atau tangan kanan								
Kelas di sekolah								
Apakah anak ini tinggal bersama Anda?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK							
Hobi dan bakat								
Kesehatan secara umum.....								
Operasi berat								
Masalah kesehatan								
Apakah anak ini mengetahui kehamilan ini?.....	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK							

I. RIWAYAT KESEHATAN ANDA, ORANG TUA ANDA DAN SAUDARA LAIN

Tunjukkan dengan menandai kotak yang sesuai jika ANDA atau SAUDARA siapa pun (mis., orang tua, saudara perempuan, saudara laki-laki, bibi, paman, kakek/nenek, anak lain yang Anda lahirkan, dll.) telah atau sedang mengalami kondisi medis yang terdaftar di bawah ini. Tuliskan hubungan orang itu dengan Anda. Harap mengisi Bagian Komentar. Jika suatu kondisi medis menyebabkan kematian anggota keluarga, tuliskan hal ini dan perkiraan usia orang tersebut saat meninggal di Bagian Komentar.

KONDISI MEDIS	TID- AK	Tidak Tahu	YA Saya Sen- diri	YA - SAUDARA (Jelaskan hubungannya)	KOMENTAR
A. KELAINAN BAWAAN					
1. Kaki pekuk atau masalah ortopedis apa pun (mis. telapak rata, dll.)					
2. Bibir sumbing atau celah langit-langit mulut					
3. Sindrom Down					
4. Kelainan Kromosom Lain					
5. Hidrosepalus					
6. Kelumpuhan otot					Bagian tubuh yang terkena? Usia saat terkena?
7. Kerdil					
8. Spina bifida					
9. Cacat jantung bawaan					
10. Anemia Sel Sabit					
11. Penyakit Tay-Sachs					
B. ALERGI					
1. Eksim atau kondisi kulit lain					Alergi pada apa? Apa perawatan atau pengobatannya?
2. Demam alergi atau alergi lain					
3. Alergi obat					Pada obat apa?
4. Alergi makanan					Pada makanan apa?
C. KELAINAN MATA, GIGI, TELINGA, DAN PERTUMBUHAN					
1. Buta, glaukoma, buta warna atau masalah penglihatan lain					
2. Kaca mata atau lensa kontak korektif					Pada usia berapa lensa korektif diperlukan?
Rabun jauh <input type="checkbox"/>					
Rabun dekat <input type="checkbox"/>					
Astigmatisma <input type="checkbox"/> (ketidak mampuan untuk berfokus)					
Strabismus <input type="checkbox"/> (mata juling)					
Lain-lain (jelaskan) <input type="checkbox"/>					
3. Kawat gigi atau pekerjaan ortodontis lain					Jika ya, pekerjaan ortodontis apa dan berapa lama?

I. RIWAYAT KESEHATAN ANDA, ORANG TUA ANDA DAN SAUDARA LAIN (Lanjutan)

KONDISI MEDIS	TID- AK	Tidak Tahu	YA Saya Sen- diri	YA - SAUDARA (Jelaskan hubungannya)	KOMENTAR
4. Tuli atau masalah pendengaran lain					Pendidikan khusus? Jika "Ya", tuliskan mulai usia berapa.
5. Masalah bicara					
6. Ketidakmampuan belajar					Apa diagnosanya? Dirawat di Rumah Sakit?
7. Keterbelakangan: mental atau fisik					
D. KELAINAN SIRKULASI					
1. Hemofili					
2. Anemia sel sabit atau bawaan					
3. Hipertensi (tekanan darah tinggi)					Usia saat terkena? Apa perawatannya? Dirawat di Rumah Sakit?
4. Stroke					
5. Serangan jantung (koroner)					
6. Arthritis					Apa jenisnya? Usia saat terkena? Bagian tubuh mana?
7. Penyakit ginjal					Usia saat terkena? Apa perawatannya?
E. KELAINAN HORMON					Usia saat terkena? Apa perawatannya?
1. Diabetes					
2. Kelainan Kelenjar Gondok					
3. Obesitas (kegemukan)					
F. KELAINAN PERNAPASAN					Apa Penyebabnya (yang diketahui)? Apa perawatannya?
1. Asma					
2. Emfisema					Usia saat terkena?
3. Tuberkolosis					Usia saat terkena? Apa jenisnya? Bagian tubuh mana?
G. KELAINAN MENTAL DAN PERILAKU					Usia saat terkena? Apa perawatannya? Dirawat di Rumah Sakit?
1. Terdiagnosa schizophrenia					
2. Terdiagnosa manik depresif					
3. Penyakit mental lain. Gambarkan, dengan halaman tambahan, bila perlu					
4. Alkoholisme atau peminum berat					
5. Penggunaan obat-obatan					Jenis, Jumlah, dan kapan diminum?

I. RIWAYAT KESEHATAN ANDA, ORANG TUA ANDA DAN SAUDARA LAIN (Lanjutan)

KONDISI MEDIS	TID- AK	Tidak Tahu	YA Saya Sen- diri	YA - SAUDARA (Jelaskan hubungannya)	KOMENTAR
H. KELAINAN LYMPHATIC (GETAH BENING)					Apa jenisnya? Usia saat terkena? Bagian tubuh mana?
1. Kanker					
2. Tumor					
3. Cystic fibrosis					
4. Penyakit Hodgkins					Bagian tubuh yang terkena? Usia saat terkena?
I. KELAINAN SISTEM SARAF					
1. Sklerosis multipleks					
2. Penyakit Huntington					Usia saat terkena? Apa perawatannya? Frekuensi?
3. Cerebral palsy (Kelumpuhan otak besar)					
4. Kejang atau sawan					
5. Epilepsi (Ayan)					Diagnosa?
J. INFEKSI, PERAWATAN DI RUMAH SAKIT					
1. Serangan demam berulang dengan infeksi yang diketahui					Untuk apa? Kapan?
2. Infeksi parah berulang yang mem- erlukan perawatan di rumah sakit					
3. Perawatan di Rumah Sakit, operasi, atau cedera					
K. MASALAH MEDIS ATAU KESEHATAN LAIN					